

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

PATIENTENERKLÄRUNG

Name	Vorname	Geburtsdatum	
Versichertennummer	Krankenkasse		
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort

Ich willige **ausdrücklich** ein, dass

die Muster-Apotheke, Inhaber Martin Mustermann, Musterstraße 12, in 2xxxx Muster

meine oben genannten personenbezogenen Daten sowie auch die sich aus der ärztlichen Verordnung ergebenden **Gesundheitsdaten, die besonders schutzwürdig sind**,

- zum Zweck der Abrechnung an meine private Krankenversicherung übermittelt.
- zum Zweck der Arzneimitteltherapiesicherheit in ihrem Warenwirtschaftssystem speichert und mich über Unverträglichkeiten kontaktiert und informiert.
- zum Zweck der Erstellung von Zuzahlungsquittungen für meine Befreiung von der Zuzahlungspflicht (bei meiner Krankenkasse) erhebt, verarbeitet und speichert und diese Verarbeitung auch über das von der Apotheke beauftragte Apothekenrechenzentrum erfolgen kann.
- zum Zweck von Geburtstagsgrüßen, Gewinnspielen und _____ speichert und mich dazu kontaktiert und informiert.
- _____
- _____

Mir ist bekannt und ich bin mir bewusst darüber, dass ich diese datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung jederzeit, ohne Angabe von Gründen und ohne Wahrung einer bestimmten Form widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel und Unterschrift Apotheke